15

Lane Medical Library

Ueber

Nachahmungszwang bei einer Hysterischen.

INAUGURAL-DISSERTATION

WELCHE

ZUR ERLANGUNG DER DOCTORWÜRDE

IN DER

MEDICIN UND CHIRURGIE

MIT ZUSTIMMUNG

DER MEDICINISCHEN FACULTÄT

DER

FRIEDRICH-WILHELMS-UNIVERSITÄT ZU BERLIN

am 11. Juli 1891

NEBST DEN ANGEFÜGTEN THESEN

ÖFFENTLICH VERTHEIDIGEN WIRD

DER VERFASSER

Carl Valentin,

pract. Arzt

aus Frankfurt a. M.

OPPONENTEN:

Hr. Dd. med. Richard Döring.
- Cand. med. Gustav Eberling.
- Cand. med. Wilh. Mayer.

BERLIN.

Buchdruckerei von Gustav Schade (Otto Francke).

Linienstrasse 158.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA40153524_0379

Aus der Königl. Sächs. Heilanstalt Sonnenstein.

In der Entwickelung des Menschengeschlechtes wie des einzelnen Menschen spielt die Nachahmung eine grosse Rolle. Durch sie wird die erste geistige Heranbildung des Kindes ermöglicht, und auch das spätere Kindesalter richtet sich, einem natürlichem Instinkte folgend, an dem Beispiel der ihm Nahestehenden empor.

Erst später, wenn die Möglichkeit einer Kritik durch vielfache Übung, die Ausbildung von Grundsätzen und Lebensanschauungen, welche wieder zum grossen Teil aus der Umgebung geschöpft sind, erworben wurde, kann und soll das einzelne Individuum die notwendige Stütze bis zu einem gewissen Grade entbehren lernen, um die eigene Persönlichkeit in Wort und That mehr zur Geltung zu bringen.

Übt sonach die Umgebung des noch der Kritik entbehrenden Kindes, diesem unbewusst, durch ihr Beispiel einen entscheidenden Einfluss auf dessen spätere Persönlichkeit aus, welcher die schönsten Früchte zeitigen kann, so wird gerade durch diese Nachahmung der übele Einfluss, den eine schlechte Umgebung auf den kindlichen Charakter hat, völlig erklärt und damit schon auf die Gefahr des Nachahmungstriebes beim Gesunden hingewiesen.

Was sich hier im kleinen abspielt, lässt sich mit einiger Reserve auf viele, vielleicht die meisten kleineren und grösseren Volksbewegungen, ferner auf die Häufung gewisser perverser Handlungen zu einer gewissen Zeitperiode anwenden.

In dieser Hinsicht erlangten eine historische Bedeutung die religiösen Exaltationszustände der Geissler[1]) im 14. Jahrhundert, die Kinderkreuzzüge u. a. m., aber auch die Häufung von Selbstmorden, Potentatenmord,

[1]) Kirchhoff, Grundriss der Geschichte der deutschen Irrenpflege.

die sogenannten Piqueurs[2]) in den zwanziger Jahren möchten öfter auf den pathologischen Eindruck zurückzuführen sein, welchen derartige Einzelvorkommnisse auf in psychischer und ethischer Beziehung abnorme Geister ausüben.

Dementsprechend erlebt man es auch in jeder Irrenanstalt, dass sich im Anschluss an einen Selbstmord noch mehrere aufzuhängen suchen, oder dass beim Anblick eines hysterischen Krampfanfalls manche anwesende Hysterika ebenfalls unter Convulsionen zusammenbricht.

Am deutlichsten und für das betroffene Individuum gefährlichsten macht sich der Einfluss eines Geisteskranken manchmal auf dessen Umgebung geltend. So verstehen es Querulanten in nicht gerade seltenen Fällen ihnen nahestehende oder befreundete Personen zu den eigenen pathologischen Wahngespinnsten förmlich zu bekehren.

Ferner exstieren sichere Beobachtungen von[3]) induciertem Irresein, wo Personen, die längere Zeit mit Geisteskranken durch Verpflegung und Verwandtschaft innigen Verkehr hatten, von der geistigen Störung der letzteren befallen wurden.

Analog diesem Vorgang handelt es sich in unseren Beobachtungen im Wesentlichen um einen zeitweise auftretenden Nachahmungstrieb, Nachahmungszwang bei einer Hysterischen, welchem eine zu derselben Zeit auftretende Bewusstseinstörung zu Grunde liegt.

Einmal aufmerksam auf das Symptom dehnten wir unsere Untersuchungen auch auf andere Kranke aus und werden im folgenden noch Fälle erwähnen, bei welchem dasselbe auftrat.

In dieser Arbeit möchten wir mit einem Excerpte der Krankengeschichte unserer Hysterika beginnend, an letzteres eine Erörterung des in Rede stehenden Symptoms und des gleichzeitigen Bewusstseinszustandes schliessen, wobei die Krankheitsformen, bei welchen es sonst noch beobachtet wurde, kurze Erwähnung finden sollen.

Fall 1. J. B., zur Zeit 27 Jahre alt, ledige Erzieherin, wurde der Heilanstalt Sonnenstein am 27. Mai

---

[2]) Casper-Liman, Handbuch der gerichtlichen Medicin.
[3]) Lehmann, Archiv für Psychiatrie, Bd. XIV. Heft I.

1886 zur Behandlung übergeben, nachdem sie schon vorher wegen desselben Leidens in der Irrenabteilung der Charité zu Berlin, in der Irrenanstalt zu Dalldorf und im Stadtkrankenhause in Dresden den verschiedensten Kuren unterworfen gewesen war, aber immer nur vorübergehenden Erfolg gehabt hatte.

Aus der Anamnese der Patientin erfahren wir Folgendes:

Ein Bruder starb als junger Mensch in einem epileptischen Krampfanfall, eine Schwester leidet an schwerer Hysterie, eine zweite Schwester und ein Bruder zeigen ein erregtes, sehr excentrisches Wesen.

Die Kranke selbst stammt aus guter Familie, genoss eine sorgfältige Erziehung, wird als gut befähigt, eifrig und von ernstem Charakter geschildert. Prädisponierend für das vorliegende Leiden mögen neben jener familiären Anlage mancherlei Momente gewirkt haben. Sie verlor eine Schwester und beide Eltern rasch hintereinander, kam schon als junges Mädchen in die Lage, sich selbst erhalten zu müssen und sah sich aus diesem Grunde gezwungen, eine ihrer Erziehung und ihrem Stande nicht ebenbürtige Stelle als Bonne anzunehmen. Aber selbst in dieser Lebensstellung behielt sie Niemand längere Zeit wegen der sich immer wieder einstellenden Krampfanfälle. Letztere bestehen nach Angabe des Fragebogens seit dem 19. Lebensjahre.

Bei ihrem Eintritt in die hiesige Anstalt sah Patientin mager, angegriffen und geradezu leidend aus, liess aber bei der Untersuchung gesunde innere Organe erkennen und irgendwelche Degenerationszeichen vermissen, während sich eine Contraktur des Quadriceps femoris und totale Analgesie der rechten Körperhälfte sowie auch starke Herabsetzung des Muskelgefühls auf derselben fand. Psychisch bot sie zunächst nichts auffälliges dar; ihre Stimmung war natürlich, ihr Gedächtnis treu, ihr Urteil treffend, ihr Wesen angemessen.

Das vorliegende Leiden lässt sich vorteilhaft durch Zusammenfassung grösserer chronologisch aufeinanderfolgender Zeitabschnitte schildern.

Der erste derselben reicht von der Aufnahme in die Anstalt Sonnenstein Mai 86 bis Anfang Februar 87.

Das psychische Verhalten der Patientin in diesen

10 Monaten ist äusserst wechselnd. Die Stimmung erscheint bald sehr gedrückt, weinerlich und steigert sich dann zu voller Verzweiflung an sich selbst, an der Möglichkeit einer Genesung bis zum Schwinden jedes Lebensmutes und dem Auftreten von Selbstmordgedanken — bald ist sie ausgelassen, aber auch hier wieder das richtige Mass durchaus überschreitend.

Dieser von einem Extrem zum anderen schwankende Stimmungswechsel erfolgt entweder äusserlich unmotivirt oder hängt mit den Krampfanfällen, sexuellen Perversitäten und den Katamenien zusammen. Dabei ist die Patientin masslos reizbar, zu Zeiten sehr gewaltthätig, intrigiert gegen Mitkranke, gegen die Oberpflegerin, weiss die Wärterin durch ihr fascinierendes Wesen zu beherrschen und zum Schaden der Mitpatienten so auszunutzen, dass die ganze Station unter ihrer Willkür und Laune zu leiden droht. Besonders in den Zeiten der Menstruation zeigt sie perverse sexuelle Neigungen, masturbirt stark und kommt sogar in den Verdacht von Tribadie. Den Anfällen dieser Zeitperiode geht gewöhnlich ein Stadium voraus, in dem Frl. B. verstimmt, weinerlich wird. Darauf röthet sich das Gesicht, es wird über „Kribbeln“ in den Fingern, Schwarzwerden vor den Augen geklagt, und nun beginnt die Kranke convulsiv zu schluchzen, ruft auch wohl „jetzt kommts“, hat aber immer noch die Zeit, sich aus dem Garten oder, wo sie sonst gerade verweilt, auf ihre Station zurückzuziehen. Nun sinkt die Kranke zu Boden, schlägt mit allen Extremitäten, schüttelt den Kopf hin und her, zuckt im Gesicht, verdreht die Augen, hat schäumenden Speichel vor dem Mund, athmet schnarchend, wird blau im Gesicht, verfällt nach etwa einer Minute tonischen Krämpfen, in denen sich der Kopf nach hinten biegt, die Arme sich in Beugestellung feststellen, die Hände zur Faust sich ballen, der ganze Körper sich bogenförmig bald nach vorn bald nach hinten krümmt. Während dieses ganzen Anfalls, der höchstens einige Minuten, zuweilen nur Sekunden dauert, sind die Pupillen ad maximum erweitert und ohne jede Reaktion.

Nach Ablauf des Krampfanfalls setzt sich die Patientin auf, schafft herum, reibt die Hände aneinander, entkleidet sich, schlägt sich und ihre Umgebung, faselt

zusammenhangslos vor sich hin, wird zunehmend unruhig, steht auf, will forteilen und sinkt gewöhnlich bald erschöpft zusammen. In dem nun folgenden Aufregungszustand drängt sie blindlings fort, zerstört Gegenstände (Thüren, Fenster) und kann so rasend werden, dass sie isoliert werden muss.

In den Intervallen besteht allgemeines Unbehagen, Kopfweh, Schmerz in den Augen und der Magengegend. Als Folgen des Anfalls wurden beobachtet: Mydriasis, Contraktur des Quadriceps, Analgesie einer Körperhälfte, Urinverhaltung.

Die Therapie bis Februar 87 war eine die Aufregung und besonders die Schmerzen bekämpfende, symptomatische und bestand in Anwendung von Bädern, Galvanisation, Hypnose und Darreichung von Morphium subcutan, leichter Chloroformnarkose, Chloral, Zinc. valerianic., Arsenik, Bromkali. Die Erfolge waren, wie aus der Schilderung des Verlaufs hervorgeht, wenig befriedigend.

Der 2. Abschnitt bis zum December 87 reichend weist wesentliche Besserung besonders nach der ethischen Seite auf. Eine Notiz vom 11. Mai 87 besagt, dass P. sich schon seit längerer Zeit eine ziemlich gleichmässige und gute Stimmung bewahrt, dass sie selbst bei gröberen Arbeiten die Pflegerin willig unterstützt und im Allgemeinen ein offenes und bescheidenes Wesen zeigt. Freilich bildet sie sich trotz der zur Schau getragenen Bescheidenheit nicht wenig auf ihre Leistungen ein, die gemüthliche Reizbarkeit, die unberechenbare Stimmung treten ebenfalls in dieser Periode oft genug zu Tage, wenn auch nicht in dem Grade wie früher.

Die Anfälle, welche sich einst fast täglich zeigten, lassen jetzt schon freie Intervalle von 10—14 Tagen und schliessen sich mehr an die Zeit der Katamenien an.

Die Behandlung dieser und der nun folgenden Zeit hat eine wesentliche Abänderung gegen früher erfahren: Morphium, Chloroform sind beseitigt, und an deren Stelle treten gelegentlich Nervina und Hypnotika sowie eine Mitschell'sche Kur. Hauptsächlich aber tritt das „Traitement moral" und eine psychische Behandlung in ihr Recht, stellt sich dem schwachen Willen der Patientin entgegen und sucht diese, ohne ihr rigoros alles zu ver-

wehren und zu entziehen, allmählich zu einer geordneten, fleissigen Person heranzuziehen.

Eine Wendung zum Schlimmen ist in dem nächsten, bis Ende December 87 dauernden Abschnitt zu verzeichnen. Die Anfälle kehrten im Anschluss an die Menstruation und zwar ebenso wie in den übrigen Krankheitsphasen vor, nach und während der fliessenden Menses in gehäufter Anzahl oft mehrmals am Tage und mit wachsender Intensität wieder, ziehen aber mehr wie vorher die Psyche der Patientin in Mitleidenschaft.

Die dem Anfall vorausgehende Aura besteht in umschriebenem Schmerz in der Magen- und Herzgegend, in Angst- und Beklemmungsgefühl.

Hierauf verliert P. das Bewusstsein, wird sehr dyspnoisch, steckt sich ein Taschentuch oder, wessen sie habhaft wird, in den Mund und kann nur mit grosser Mühe vor dem Ersticken bewahrt werden. Sie läuft umher, schreit unaufhörlich „Mein Gott, mein teurer Mann“ und hat offenbar Visionen. In Folge des Schreiens wird die Stimme bald heiser, klanglos; sie kauert zusammen, um sich im nächsten Augenblick rücksichtslos auf den Boden aufzuschlagen. Den Urin lässt sie auf die Erde und schlürft ihn wiederum auf. Nach den Anfällen ist die Patientin sehr matt, verstimmt, mutlos, ferner von solchem Misstrauen, dass sie weinend im Bette sitzend, die Ärzte und das Wartepersonal geradezu beschuldigt, man habe etwas mit ihr vor.

Bemerkt sei, dass neben den erwähnten auch die Anfälle der früheren Perioden auftraten, ferner, dass in dieser Zeit auch nächtliche Anfälle beobachtet wurden, endlich in therapeutischer Beziehung, dass sparsam Morphiuminjektionen, als Schlafmittel Amylenhydrat und bei allzugrosser Aufregung Isolirung im Beobachtungszimmer in Anwendung kamen.

Nach dem Abklingen der Anfälle bleibt neben der grossen körperlichen Schwäche, die zur Bettruhe zwingt, noch ein Heer nervöser Klagen längere Zeit hindurch bestehen: Schmerzen am Occiput, in den Wirbeln der Lendenwirbelsäule, den Interkostalräumen. Ausserdem bestehen Gürtelgefühle, profuse Schweisssekretion der Palma und Planta, Präcordialangst, Gedächtnisschwäche.

Dabei ist nicht zu verkennen, dass Patientin ihre

Beschwerden noch übertreibt und den Eindruck einer schwerkranken, äusserst interessanten Persönlichkeit zu machen sucht. Ihre Stimme bessert sich zwar in den nächsten 4 Monaten etwas, auch die Anfälle nehmen an Häufigkeit und Heftigkeit ab, sie nimmt sogar die leichte Beschäftigung in der Gemüseküche wieder auf, aber ewige Klagen und nervöse Beschwerden sind im Journal aus dieser Periode verzeichnet, die argwöhnischen und gereizten Gedanken tauchen besonders zur Zeit der Menses auf, die sexuelle Erregung und der masturbatorische Drang bringen jedes Mal neue Niedergeschlagenheit bei unserer Patientin hervor, die häufige, nur schwer zu bekämpfende Schlaflosigkeit erhöhen noch die allgemeine Nervosität. Endlich verliert Patientin noch den letzten Rest ihres psychischen Gleichgewichtes und macht den krankhaften Gefühlen in Anfällen von massloser Aufregung und excessivem masturbatorischen Drang Luft.

Diese neue Krankheitsphase dauert vom April bis Juni.

Ohne jede äussere Veranlassung oder aus ganz nichtigem Grund bricht ein solcher Aufregungszustand aus:

Die Kranke wirft die Thüren zu, schlägt an die Fenster, zerbricht die Fensterscheiben, schreit und schimpft in gröbster Weise über die Anstalt und deren Beamte, stampft mit den Füssen und gebärdet sich so gewaltthätig und masslos, dass sie den Mitkranken gefährlich, isoliert werden muss. In dem Isolierzimmer wütet sie gegen sich selbst, rennt mit dem Kopf wieder die Wände, beisst sich rücksichtslos in Arm und Bein, stellt die feste Matratze auf, um sich aus dieser Höhe herunterzustürzen.

Sie erklärt diesen Zustand selbst damit, dass der Teufel in sie gefahren, ihr Charakter in der Anstalt verdorben worden sei, dass sie vordem nicht solchen Charakters gewesen sei und Unfrieden stiften müsse.

Nach solchem Aufregungszustand ist sie gedrückt, kleinlaut und beschämt; sie bittet um Verzeihung, nennt sich selbst „ein Scheusal“, sucht das Geschehene durch geordnetes Betragen und Fleiss wieder gut zu machen und wirft es dem behandelnden Arzte geradezu vor, wenn er zufällig von der Anstalt entfernt war. Es wäre gar nicht so weit gekommen, wenn sie nicht seine Ab-

wesenheit in Erfahrung gebracht hätte und thatsächlich steht fest, dass der Grad ihrer Aufregung und besonders der Excesse, welche sie dann begeht, in Abhängigkeit von diesem Fehlen eines moralischen Haltes stehen.

Der einzelne Aufregungszustand ist bald von geringerer bald von längerer Dauer, doch währt er im Allgemeinen nicht über 4—5 Stunden. Neben demselben treten die schon in früheren Phasen vorgekommenen Convulsionen auf. Der masturbatorische Drang zeigt sich im Anschluss an die Menses nur zeitweise in der Form wirklicher Anfälle, die so stark werden, dass sich unsere Patientin weinend im Bette herumwälzt, vor den Mitkranken ihrem Gelüste an jedem Gegenstand z. B. der Sofaecke zu frönen sucht und auf die anderen durch ihre perversen Gefühle demoralisierend, auf einige in gefährlicher Weise bestrickend einwirkt. Therapeutisch wurden in dieser Zeitperiode angewandt die Bromsalze in Dosen von 4—5 g pro die, Opium pur. 0,09, Amylenhydrat 4,0 allein oder in Verbindung mit Morphium 0,01, Paraldehyd 4,0—5,0 allein oder mit Morphium 0,01.

Eine weitere Cumulation von Anfällen ist in dem Krankenjournal von Beginn Juli bis Mitte December 88 verzeichnet, doch zeigen diese selbst nichts Besonderes, vom schon geschilderten Abweichendes. Bemerkenswert erscheinen jedoch die ihnen folgenden Dämmer und Aufregungszustände von manchmal mehr als 100 Stunden Dauer, die ein von einander sehr verschiedenes Gepräge tragen.

In erster Linie sei des Beschäftigungsdeliriums gedacht: Patientin erhebt sich nach dem Anfall aus dem Bett, bringt dasselbe in Ordnung, stellt die Möbel zurecht, öffnet die Fenster, ergreift den Besen, fegt das Zimmer etc., kurz nimmt genau dieselben Beschäftigungen vor, die sie morgens nach dem Aufstehen zu üben gewohnt ist nur mit dem Unterschiede, dass sie dieselben ohne Bewusstsein ausübt, dass sie beispielsweise Menschen und Gegenstände umläuft, wenn diese irgendwie in ihrem Wege stehen. Ihre Gesichtszüge sind dabei starr, die Pupillen erweitert und reaktionslos. Fragen werden nicht beantwortet, Aufforderungen nicht ausgeführt, die Vorgänge in der Umgebung ganz unberücksichtigt gelassen.

Ein zweites Bild, wie es Patientin nach dem Anfall bietet, ist folgendes: Mit starrem Blick, weiten Pupillen geht sie umher, drängt blindlings fort, zerstört Gegenstände und gebärdet sich oft so rasend, dass sie isoliert werden muss.

Oder sie geht mit weit geöffneten Augen umher, zerreisst ihre Kleider, klettert auf den Möbeln herum, hebt die Fenster aus, stösst und beisst um sich und ist äusserst unsauber.

Ein anderes Mal liegt sie starr da, hört sich Hure schimpfen, über ihre Ausschweifungen reden, spotten, sieht die Gesichter der Spötter vor dem Fenster; sie schlägt dann und wann plötzlich nach den vermeintlichen Gestalten, zertrümmerte hierbei einmal eine Fensterscheibe und zog sich eine schwere Verletzung am Arm zu.

Endlich tritt in den postparoxysmellen Zuständen häufig ein zweckmässig mit Nachahmungszwang zu bezeichnendes Symptom auf, sodass Patientin alles nachahmen muss, was sie mit dem Gesichts- und Gehörsinn percipiert.

In Folge dessen wiederholt sie alle an sie gerichteten oder in ihrer Nähe ausgesprochenen Worte ebenso wie Geräusche jeder Gattung. Lässt man nach Aufsagen einer Reihe von Worten oder Sätzen eine Pause eintreten, so wiederholt sie noch längere Zeit immer wieder das letzte Wort. Bei jeder Reproduktion wird genau der Tonfall des Vorredners, etwaige Provinzialismen, bei sonstigen Geräuschen der Charakter derselben nachgeahmt, sodass sie spricht, singt, lacht, hustet, pfeift genau in der Weise, wie es ihr vorgethan wurde. Ebenso wird das mit dem Gesichtssinn Percipierte nachgeahmt und zwar sowohl leichtere wie auch die compliciertesten Handlungen. Öffnet und schliesst man den Mund, streckt man die Zunge heraus, hebt man die Hand, den Arm, das Bein, macht man mit den Armen rotierende Bewegungen, Alles wird sogleich und genau in derselben Weise nachgemacht, wenn es im Bereiche ihres Blicks ausgeführt wurde.

Wirft man den Hut in die Luft, dreht man den Schlüssel im Schloss herum, schleudert man die Gegenstände weg etc., und giebt man ihr dieselben hierauf in

die Hand, so wirft sie den Hut in die Höhe, schliesst auf, schleudert weg, genau wie sie es soeben gesehen.

Daneben scheinen noch manchmal einige mehr reflektorische Handlungen möglich z. B. machte sie einmal mit einem ihr in die Hände gedrückten Stück Seife waschende Bewegungen, ohne dass diese vor ihr ausgeführt worden wären. Dagegen ist sie nicht im Stande eine Frage zu beantworten, und der Gesichtsausdruck ist stier, wie geistig abwesend, die Pupillen weit, reaktionslos.

Man kann ihr in dem postparoxysmellen Zustand alle möglichen Stellungen geben, alle werden bis zur Ermüdung der Muskulatur beibehalten. Ja es ist z. B. möglich, den Arm in wagrechter Stellung zu fixieren und dann mit allerlei Gegenständen zu belasten, ohne dass er aus dieser Stellung entfernt wird. Streicht man über einen oder eine Gruppe von Muskeln, so wird sofort kataleptische Starre erzeugt. Man streicht über die Masseteren bei geschlossenem Munde, über den Schenkel oder Arm, sogleich tritt durch sichtbare Contractur der Muskel Fixation des betreffenden Körperteiles, wirkliche kataleptische Starre auf, welche die Patientin trotz sichtlicher Anstrengungen nicht zu lösen im Stande ist.

Kehrt endlich das Bewusstsein wieder, so fehlt jede Erinnerung an den Zustand, so dass die Kranke oft nicht einmal weiss, dass sie Krämpfe gehabt, geistesabwesend war. Zumeist bemerkt sie an der in Unordnung geratenen, oft arg zerrissenen Toilette, dass sie von Krämpfen befallen war, macht der Umgebung bittere Vorwürfe, dass man sie habe ihr gutes Kleid beschädigen lassen, dagegen hat sie keine Ahnung von dem Dämmerzustand und ist, wenn sie tagelang bewusstlos gewesen, in ihrem Denken auch um diese Zeit zurück. So hält sie z. B. am Freitag fest, während es bereits Sonntag ist. Erst langsam tritt durch die alltäglichen Verrichtungen, die Mahlzeiten und die Vorgänge in ihrer Umgebung die Correktion ein.

Von jenem Symptom des Nachahmungszwangs ist therapeutisch Nutzen gezogen worden. So fand einmal der von der erschreckten Wärterin herbeigerufene Arzt die Kranke in Erstickungsnot, verursacht dadurch, dass sie in dem Anfall alles Mögliche in den Mund gestopft

hatte und die Kiefer, welche sich auf keine Weise öffnen liessen, fest auf einander geschlossen hielt. In diesem Falle gelang es dem Arzt, durch auffälliges Öffnen des eigenen Mundes dasselbe prompt und spontan bei der Patientin zu erzielen. Nun wurde Mund- und Rachenhöhle ausgeräumt und dann durch den Imitationszwang der Mund wiederum geschlossen. Es gelang ferner durch Streichen der Muskulatur, die Krämpfe momentan zu unterdrücken.

Hiermit möchten wir die chronologische Schilderung abschliessen mit dem Bemerken, dass in der folgenden Zeit bis zum heutigen Tage kein neues bemerkenswertes Symptom mehr aufgetreten ist. Die Krankheit setzte sich in derselben Weise fort unter fortwährenden Exacerbationen und Remissionen; von angewandten Mitteln seien erwähnt Inhalationen von Amylnitrit von entschieden die Anfälle abkürzender Wirkung, Antipyrin und Ergotininjektionen, Hydrastis gegen die profuse Menstruation, endlich zeitweise einzelne Nervina zur Bekämpfung der neuralgischen Beschwerden.

Den Hauptnutzen sahen wir immer wieder von der psychischen, erziehenden Therapie, und ihrem Einfluss ist die langsame aber doch sichtliche Besserung des Leidens der Patientin zu verdanken.

Gegenwärtig ist unsere Kranke eine sehr fleissige Büglerin der Anstalt. An den Tagen, in welchen nicht gebügelt wird, beschäftigt sie sich in ihrer Station und unterstützt die Wärterin mit Scheuern und Putzen, hilft bei der Krankenpflege. Die Stimmung von Fräulein B. ist sehr wechselnd, so dass man auf sie die Ausdrücke „himmelhoch jauchzend — zum Tode betrübt“ mit vollster Berechtigung anwenden kann. Dass sie durch ihre Krampfanfälle und ihre sexuellen Empfindungen während der Katamenien deprimiert wird, ist schon erwähnt und dürfte als natürlich zu betrachten sein. Dagegen kann sie z. B. bei dem geringsten etwas ungerechten Tadel oder, wenn eine ihr vom Arzte aufgetragene Arbeit zufälliger Weise von einer anderen Kranken vollbracht wurde, in die hochgradigste Verstimmung geraten und muss dann alle ihr zu Gebote stehende Selbstbeherrschung anwenden, damit es nicht zu den gröbsten Wutausbrüchen kommt. Bei einem solchen tritt dann aber auch die

völlige, ethische Degeneration zu Tage. Ferner verlangt sie die specielle Berücksichtigung des Arztes, welcher Tag für Tag ihre ewigen Klagen über andere, besonders über Hysterische anhören muss. Die Stütze, welche die Anstalt an ihr hat, leuchtet als Endziel jeder Unterhaltung hervor und im Gefühle ihrer Wichtigkeit ebenso wie im Drange zu herrschen, zu glänzen duldet sie nur ganz unscheinbare, ihrem Ansehen unschädliche Mitarbeiterinnen neben sich.

Charakteristisch für ihren Zustand ist die geringe Herrschaft, welche sie gegenüber vorhandenen Gelüsten hat, und die widerliche Selbsterniedrigung, mit der sie dieselben zu erbetteln sucht. So wirft sie sich geradezu vor dem weit jüngeren Arzte hin, um einen Schluck Alkohol, ein Schlafmittel, rohes Fleisch immer wieder zu erflehen, obwohl sie mit Sicherheit darauf rechnen kann, ihren Wunsch nicht durchzusetzen.

Sobald die gefürchtete Zeit der Katamenien und Krampfanfälle herannaht, tritt das bald sentimentalmelancholische bald ausgelassen maniakalische Wesen ebenso aber auch die bereits erwähnten ethischen Defecte noch greller hervor, und mit ihnen verbindet sich eine Unzahl Zwangsvorstellungen und Zwangshandlungen. Es drängt sie beispielsweise, Urin zu trinken, Fenster einzuschlagen, den Kalk von der Zimmerwand mit den Nägeln abzukratzen, durch die Schlüssellöcher zu sehen.

Sie fürchtet den Kirchgang, weil sie nicken muss, wenn der Geistliche nickt, weil sie das Gebet durch Lachen oder Schimpfen stören muss. Folgt sie einem solchen Triebe, so hat sie dann Ruhe. Trotzdem widersteht sie ihnen in der Gegenwart siegreich, klammert sich an ihre Thätigkeit, den Zuspruch des Arztes, weint darüber, dass sie schon wieder „die schlechten Gedanken habe“, fürchtet „das alte Scheusal“ wieder zu werden, rennt auf den Vorplatz, wenn sie sich in der Stube garnicht mehr bemeistern kann. Dagegen kommt es noch häufig vor, dass sie in der ernstesten Unterhaltung in Lachen ausbricht, dass sie den Arzt wegen des „ungehörigen“ Lachens um Verzeihung bittet, aber trotz tiefer Depression immer weiter lachen muss.

Was ihre Anfälle anlangt, so treten dieselben wie früher zur Zeit der Katamenien in Form der Convulsionen

mit folgenden Dämmerzuständen auf, wogegen die excessiven Erregungszustände und der anfallsweise auftretende masturbatorische Drang in der oben beschriebenen Art nicht mehr zur Beobachtung kamen. Auch nervöse Anomalien sind dann immer nachweisbar z. B. Analgesien, Neuralgien, Präcordialangst.

Fassen wir nach der Wiedergabe des Verlaufs der Krankheit das Gesagte kurz zusammen, so handelt es sich um ein Mädchen, das im Anschluss an traurige und schwierige Familienverhältnisse von Hysteroepilepsie befallen wurde, deren erste Spuren vielleicht bis zur Kindheit reichen. Neben den typischen Krampfanfällen leidet die Patientin an mannigfachen nervösen Erscheinungen, häufig auftretenden Neuralgien in allen Gebieten, Parästhesien, Hemianalgesien, Hemiparesen, zeigt sehr wechselnde Stimmung und excessive emotive Reizbarkeit, erscheint ethisch verkümmert und wird nicht selten von Aufregungen des verschiedensten Charakters und oft von somnambulen und Dämmerzuständen heimgesucht. Dieses ihr Leiden hat unter vielfachen Schwankungen allmählich eine nicht unerhebliche Besserung erfahren.

Die vorstehende Krankengeschichte enthält als seltenere und darum bemerkenswerte Erscheinung das Auftreten von Nachahmungszwang. Mit Nachahmungszwang möchten wir ein Symptom bezeichnen, welches darin besteht, dass in gewissen psychischen Kranhheiten oder psychopathologischen Zuständen die mit dem Gesichts- und Gehörssinn aufgenommenen Eindrücke von den Patienten mehr minder vollständig und dem Vorbild getreu zwangsmässig wiederholt werden. Der Charakter des Zwangsmässigen sei gleich zu Anfang nochmals ausdrücklich betont, zumal es in Anbetracht der bei allen in Rede stehenden Fällen vorhandenen Bewusstseinstrübung den Betroffenen unmöglich ist, sich dem auf ihren Willen ausgeübten Einfluss willkürlich zu entziehen. Eine Patientin, bei welcher das Symptom ebenfalls beobachtet wurde, erklärte geradezu, sie wisse nicht, warum sie es thue.

Fall 2. M. A. H., Dienstmädchen, 21 Jahre alt.

Diagnose. Asthenisches Delirium und Hysterismus bei psychischer Schwäche.

Bei der Aufnahme war Patientin sehr verstört, ver-

stand weder ihre Umgebung noch die an sie gerichteten Fragen zu deuten. Die Stimmung war eine vorwiegend ängstliche, sehr impressionabele. Es bestanden schreckhafte Hallucinationen. Etwa nach 8 Monaten wurde die Kranke freier, war aber nicht klar, ebensowenig wie über sich, Ort, Zeit orientiert. In dieser Phase der Krankheit trat der Imitationszwang hervor, und zwar machte sie alle vorgemachten Bewegungen nach.

Mit fortschreitender Besserung d. h. Bewusstseinsklärung blasste auch der Nachahmungszwang mehr und mehr ab. So heisst es ausdrücklich im Krankenjournal: „Während die Kranke bisher alle vorgemachten Bewegungen durch analoge nachahmte, wird sie heute durch die vorgemachten Bewegungen blos dazu gebracht, mit denselben Gliedern Bewegungen zu üben. Sie spricht Vorgesagtes nach, z. B. 14, aber dann sagt sie spontan 100 und meint, sie wisse selbst nicht, warum sie es thue.

Mit zunehmender Unruhe und Verworrenheit trat dann auch wieder der Imitationszwang mehr in die Erscheinung. So heisst es 7 Monate später: „letzte Nacht unruhig, recht verwirrt, sitzt im Bett, lacht vor sich hin, schläft nicht. Heute Imitationszwang: ahmt vorgemachte Stellungen der Glieder und Bewegungen nach, behält übrigens die von anderen Personen ihr beigebrachten Gliederstellungen bis zur völligen Ermüdung bei". Die Kranke kam später nach der Pflegeanstalt Hubertusburg.

Andere, z. B. Frau L., über welche gleich berichtet werden soll, wissen auf die Frage, warum sie imitieren, überhaupt keine Antwort zu geben. Sie schauen mit dem, Verwirrten vielfach eigentümlichen, lächelnd verwunderten Gesichtsausdruck den Arzt an oder sind so tief befangen wie Frl. R. (Fall 3), die, weder diese noch die anderen Fragen verstehend, einfach fortimitierte.

Fall 3. Fr. L., 21 Jahre alt.

Diagnose: Melancholie, welche später in hallucinatorische Verwirrtheit überging.

Nachdem Patientin von ihrer Aufnahme (30. Juni 90) bis zum 12. December 90 die Symptome von Melancholie geboten hatte, wurde sie von dieser Zeit an verworren in ihren Reden und ungeordnet in ihrem Gebahren, und zeigte zu dieser Zeit zum ersten Male Nachahmungszwang,

indem sie einfachere, vor ihr ausgeführte Bewegungen nachmachte.

30. Januar 91. Zustand „verwirrt — erregt".

„Alle Handlungen der Umgebung werden imitiert, alle Worte nachgesagt."

4. Februar 91. „Sehr ungeordnet, verworren, erregt. Aufmerksamkeit durch nichts auch nur momentan fixierbar." „Imitationszwang verschwunden."

21. März 91.

„Glücklicher zufriedener Gesichtsausdruck, reinliches, im allgemeinen geordnetes Wesen." „Aufmerksamkeit momentan fixierbar." „Einfache Fragen richtig beantwortet, Handlungen nicht nachgeahmt."

3. Mai 91. „Verwirrt und ungeordnet." „Neues Auftreten von Imitationszwang."

Fall 4. Frl. R., Dienstmagd, 31 Jahre alt.

Diagnose: Akute Verwirrtheit, welche bis zur Gegenwart durch die Zwischenstufe von akuter Dementia zu einer mässigen Aufhellung geführt hat.

8. August 90. Aufnahme. „Verwirrt und ängstlich, befangen."

„Sie spricht entweder die ganze Frage oder deren letzte Worte anstatt jeder Beantwortung einfach nach, versteht deren Sinn durchaus nicht, ahmt ausserdem ihr vorgemachte einfachere Bewegungen ohne Aufforderung dazu, wenn nicht immer vollständig, so doch in ihren Anfängen nach."

21. November 90. Redet einiges Wenige spontan, spricht von ihrer Person mit „man, sie, die": „Sie weiss gar nichts mehr;" „nicht wahr, da kann man sich nichts merken;" „die will immer etwas sagen, weiss es aber nicht mehr".

Imitationszwang besteht fort.

21. Februar 91. Lebhafter, zeigt Interesse für die Angehörigen, beschäftigt sich mit leichtester Arbeit, ist zeitweise viel freier und nur noch mässig verworren.

Vorgemachte Handlungen werden nicht mehr wiederholt, Fragen mit „das weiss ich nicht" beantwortet.

Andererseits schwand das Symptom sehr bald, wenn in Folge zunehmender Besserung eine Klärung des Bewusstseins eintrat. Auch hierfür kann die ebenerwähnte

R. als Beispiel dienen. Sobald nämlich die Genannte etwas freier und lebhafter in ihrem ganzen Wesen wurde, sich anfing mit leichtester, sonst nur von Blöden geleisteter Arbeit zu beschäftigen, wurde statt einfacher Wiederholung der Frage nur mit „ich weiss nicht" geantwortet. Dabei war sie noch so befangen, dass sie von sich in der dritten Person mit „sie, man, die" sprach.

Dem Zwecke der Arbeit entsprechend wurde die grössere Aufmerksamkeit auf etwa vorhandene Nachahmung von Bewegungen und Handlungen gerichtet.

Längst bekannt und näher studiert ist eine Form des Nachahmungszwanges, die Echolalie[4]), der gegenüber wir aus praktischen Gründen jede Nachahmung, die mittels des Sprachorgans nicht reproduciert wird, mit Echopraxie bezeichnen wollen.

Diese Echopraxie wurde beobachtet erstens allein, d. h. ohne Echolalie bestehend.

Fall 5. Frl. Sch., 21 Jahre alt, Dienstmagd.

Diagnose: hallucinatorischer Stupor. Sehr gehemmtes, schalkhaft-läppisches, zeitweise in Ausbrüchen des Mutwillens oder impulsiver Gewaltthätigkeit explodierendes Wesen mit freieren Intervallen. Unrein und ungeordnet. Neigung ihr gegebene Stellungen der Glieder bis zur Ermüdung der Muskulatur beizubehalten.

Frl. Sch. wiederholt alle leichteren und auch mancherlei compliciertere Bewegungen, die ihr, von der Umgebung ausgehend, zu Gesicht kommen, während sie noch nie bis jetzt Symptome von Echolalie darbot. Zu Zeiten, in denen sie zugänglicher ist, beantwortet sie einfachere Fragen und zwar meist richtig. Dasselbe gilt auch z. B. von der folgenden Kranken Kl.

Fall 6. Fr. Kl., 51 Jahre alt.

Diagnose: Manie bei psychischer Schwäche. Gehobenes Wesen; ideenflüchtiges, verworrenes Gerede; Stimmungswechsel; motorischer Drang, welcher sich in allerlei faxenhaften Stellungen und gespreizten Redensarten Luft macht. Neigung zu katatonischen Stellungen der Glieder.

Sieht die vor ihr ausgeführten Bewegungen lang an,

---

[4]) Kussmaul, Störungen der Sprache, Ziemssens Handbuch XII.

imitiert dann langsam und ausgiebig, ruft hierauf auf einmal, wie zur Besinnung kommend, „Na wozu soll denn das.“

Ferner wurde Echopraxie mit Echolalie verbunden beobachtet.

So wiederholt Fr. L. (Fall 3), wie aus der Krankengeschichte ersichtlich, eine ursprünglich Melancholische, welche allmählich in die Form der hallucinatorischen Verwirrtheit überging, Worte, Reden, Bewegungen und Handlungen in ausgeprägtester Weise. Die in dieser Hinsicht interessanteste unserer Kranken ist Frl. B., welche den hereintretenden Arzt in ihren postparoxysmellen Zuständen in Wort, Gebärde und That auf das Peinlichste copiert. Ferner gehört in diese Kategorie die bereits genannte R., bei welcher der Nachahmungszwang mehr weniger gut ausgebildet, mehrere Monate hindurch bestand, sowie Fr. Hz. (Fall 7), welche eine neben ihr liegende an akutem Wahnsinn leidende Patientin in ihrer betenden Stellung, in ihrem Falten der Hände, in ihren Äusserungen religiöser Wahnvorstellung nachahmte.

Fall 7. Fr. Hz., 46 Jahre alt, Wirtschafterin.

Vollständig verworrene und illusionäre Auffassung aller Vorgänge und Worte der Umgebung; monotones und in jammerndem Tone vorgetragenes Wiederholen ihrer jeweiligen Sinneseindrücke.

Es kam auch vor, dass lange Echopraxie allein bestand und sich später zu dieser noch Echolalie hinzugesellte. Dies gilt z. B. von der erwähnten L. Im Übergang von der melancholischen zur hallucinatorischen Phase bestand Echopraxie in Nachahmung einfacher Bewegungen. Mit der Änderung des psychischen Zustandes, mit den Symptomen der hallucinatorischen Verwirrtheit trat neben dem Nachahmungszwang für jetzt auch compliciertere Handlungen, noch Nachplappern des Gehörten hervor. Dagegen wurde bis jetzt keine Kranke getroffen, welche zuerst die Symptome der Echolalie und darauf eine Combination von Echolalie und Echopraxie gewiesen hätte.

Gehen wir auf die Art und Weise ein, durch welche das Symptom hervorgerufen wird, so lassen sich ebenfalls verschiedene Gruppierungen machen.

Manche Kranke copieren geradezu den ins Zimmer eintretenden Arzt ohne dessen Zuthun in seinen Äusserungen und Handlungen. Als derselbe zum ersten Male Frl. B. in ihren postparoxysmellen Zuständen traf, glaubte er sich von derselben aufs frechste nachgeäfft, bis ihn ein Blick auf die Gesichtszüge der Person eines anderen belehrte.

Bei den meisten Patienten dagegen musste der Beobachter in die unmittelbare Nähe des Kranken treten. Dadurch wird naturgemäss schon die Aufmerksamkeit des Ersteren geweckt. Genügt auch dies nicht, so sprach man erst einige gleichgiltige Worte mit dem Pflegling, rief ihn bei Namen, forderte ihn zum Ansehen auf etc.

Wie reagieren nun die Patienten auf eine ihnen vorgemachte Bewegung?

Das Gewöhnliche ist, dass man sogleich bei dem für den Versuch geeigneten Patienten eine intendirte Bewegung seiner entsprechenden Muskelparthie bemerkt, und dass derselben hierauf die weitere Ausführung mehr minder rasch aber immer wenig prompt folgt.

Andere sehen den Arzt verständnislos oder erstaunt an, um endlich langsam seinem Beispiel Folge zu leisten.

Ferner kann das Vorgemachte ganz oder nur z. T. reproduciert werden, oder aber es werden einfache Bewegungen imitiert, compliciertere ganz ausser Acht gelassen.

So z. B. ahmt die Kranke B. Alles ganz getreu und dabei sogleich nach, während Fr. Kl. (Fall 6), eine Maniakalische mit psychischer Schwäche und verworrenem Gebahren, langsam und ausgiebig imitiert, nachdem sie verwundert den vorgemachten Bewegungen zugeschaut. Als letztere einmal wieder auf diese Weise beide Arme in die Höhe gestreckt hatte, brach sie gleich einem plötzlich Überlegenden in die Worte aus: „Ja wozu soll denn das?“

In dem Krankenjournal R. (Fall 4) ist ausdrücklich bemerkt, dass während Monaten nur die letzten Worte jeder Frage und die Handlungen blos in ihren Anfängen wiederholt wurden. Frl. Sch. (Fall 5) bleibt oft beim Wegwerfen eines Hutes vor ihren Augen ganz apathisch, reagiert dagegen auf das einfache Heben der Hand etc. Die an seniler Verwirrtheit erkrankte Fr. Hg. (Fall 8),

zuckte auf Bewegungen Anderer mit der entsprechenden Muskelgruppe, ohne dass es jemals zu einer ausgesprochenen und ausgebildeten Bewegung kam.

Fall 8. Fr. Hg., 57 Jahre alt, Gutsauszüglerin.

Diagnose: Senile Verwirrtheit.

Sehr ängstliches, verworrenes, die Handlungen der Umgebung missverstehendes und daher in jeder derselben eine Beeinträchtigung der eigenen Person erblickendes Wesen, Nahrungsverweigerung.

Tod an Bronchopneumonie.

Im direktesten Gegensatz zu der Ebenerwähnten steht in Bezug auf die Entwickelung unseres Symptomes Frl. B. in ihren postparoxysmellen Zuständen. Alles, was diese mit dem Gesichts- und Gehörssinn percipiert, muss sie nachahmen. In Folge dessen wiederholt sie — wie in der Krankengeschichte schon wiedergegeben — die an sie gerichteten Fragen oder die in ihrer Nähe ausgesprochenen Worte ebenso wie Geräusche jeder Art. Lässt man nach Aufsagen einer Reihe von Worten und Sätzen eine Pause eintreten, so wiederholt sie noch längere Zeit immer wieder das letzte Wort.

Bei jeder Reproduktion wird genau der Tonfall des Vorredners, etwaige Provinzialismen, bei sonstigen Geräuschen der Charakter derselben nachgeahmt, sodass sie spricht, singt, lacht, hustet, pfeift genau in der Weise, wie es ihr vorgethan wurde. Ebenso wird das mit dem Gesichtssinn Percipierte nachgeahmt, und zwar sowohl einfachere wie auch kompliciertere Handlungen. Öffnet und schliesst man den Mund, streckt man die Zunge heraus, hebt man die Hand, den Arm, das Bein, macht man mit den Armen rotierende Bewegungen, alles wird sogleich und genau in derselben Weise nachgemacht, wenn es im Bereiche ihres Blickes ausgeführt wurde. Wirft man den Hut in die Luft, dreht man den Schlüssel im Schloss herum, schleudert man diese Gegenstände weg, und giebt man ihr dieselben hierauf in die Hand, so wirft sie den Hut in die Luft, schliesst auf, schleudert weg, genau wie sie es soeben gesehen. Daneben scheinen noch manchmal einige mehr reflektorische Handlungen möglich z. B. machte sie einmal mit einem ihr in die Hände gedrückten Stück Seife waschende Bewegungen, ohne dass diese vor ihr ausge-

führt worden wären. Dagegen ist sie nicht im Stande, eine Frage zu beantworten, und der Gesichtsausdruck ist stier wie geistig abwesend, die Pupillen weit, reaktionslos.

Aus der Wahl der Beispiele möchte schon zur Genüge die wohl selbstverständliche Thatsache hervorgehen, dass die erwähnten Modificationen zum grössten Theil durch den verschiedenen Charakter der geistigen Störung hervorgerufen sind, dass z. B. (die Existenz des Imitationszwangs vorausgesetzt) bei einer psychomotorisch gehemmten Kranken die Bewegungen langsamer und in geringerem Grade nachgeahmt werden als von solchen, die sich im Exaltationszustand befinden.

Der bisher in seinem Wesen besprochene Zustand dürfte deshalb einiges theoretisches Interesse haben, da er eine eigenartige Bewusstseinsstörung voraussetzt.

Gehen wir nun auf den Bewusstseinszustand unserer Patienten näher ein. Derselbe ist bei allen getrübt, aber durchaus nicht bei allen der gleiche: es lassen sich vielmehr den bisherigen Beobachtungen zu Folge zweckmässig etwa 3 Grade unterscheiden.

Am meisten verändert erweist sich das Bewusstsein bei Frl. B.

Sie erkennt die vor sie hintretenden Personen nicht, fasst deren Fragen nicht auf, kann sie natürlich noch weniger beantworten und hat nach dem Vorübergehen des Zustandes keine Ahnung, dass er bestanden, noch ist es möglich bei ihr Rückerinnerungen an diesen zu erwecken, scheint dagegen im Anfall Rückerinnerung an die Erlebnisse der früheren zu besitzen.

Setzen wir diesem ersten den dritten Grad gegenüber, so möchte man zu demselben die rechnen, welche zwar imitieren, aber gleich darauf Äusserungen fallen lassen, die genugsam beweisen, dass ihnen das eigene Handeln auffällt, welchen daher nicht alle Kritik verloren gegangen ist.

Fr. Kl. (Fall 6) sieht mit erstaunten Gesichtszügen auf ihre erhobenen Arme, um endlich in den Ausruf auszubrechen: „Na, wozu soll denn das?“ Kranke der Art werden vom Imitationszwang geradezu überrumpelt. Sie sind dem vergleichbar, welcher gedankenlos etwas nachspricht, um bei plötzlicher Überlegung zu finden, dass er Unsinn geredet.

Zwischen 1 und 3 wäre die Überzahl der in Rede stehenden Kranken einzureihen. Diese empfinden durchaus nicht das Verkehrte ihrer Handlungsweie, ja direkt auf dieselbe aufmerksam gemacht, imitieren sie ruhig weiter. Dabei trägt aber ihr äusseres Aussehn und ganzes Gebahren mehr den Stempel der Verwirrtheit und insofern auch einer Bewusstseinsstörung, dagegen nicht in so auffälligem Grade den Charakter geistiger Abwesenheit wie z. B. bei Frl. B.

Trotz der äusserlich scheinbar sehr grossen Breite von Bewusstseinsstörung, trotz der sich so verschiedenartig darstellenden Fälle, von denen jeder einzelne sich vom anderen gerade in Bezug auf den in Rede stehenden Punkt unterscheidet, scheinen doch nach beiden Richtungen hin, nach der des aufgehobenen sowie nach der des klaren Bewusstseins hin Grenzen zu existiren, nach deren Überschreitung die Erscheinung des Nachahmungszwangs nicht mehr eintreten wird. Daher trifft man ganz gewöhnlich bei ebendemselben Kranken Zeiten, in welchen er gar nicht nachahmt und andere, wo das Symptom in hervorstechenster Weise auftritt.

Untersucht man nämlich die Kranken in Zeiten, wo das Symptom fehlt, so findet man einmal solche, die nicht nachahmen, weil sie psychisch freier geworden sind.

Als Beispiel diene Frl. R. (Fall 4), welche vom 8. August 90. bis 21. Februar 91, also etwa 6 Monate, Echopraxie zeigte. Während dieser Zeit wird sie im Krankenjournal zuerst als „verwirrt, teilnahmlos“ bezeichnet, später am 21. November 90 redet sie einiges Wenige spontan.

Erst zu Ende Februar (21. Februar 91) wird sie lebhafter, zeigt Interesse für die Angehörigen, beschäftigt sich auch etwas und ist zeitweise freier. Jetzt ist aber auch die Echopraxie fort, und die Fragen werden nur mit „ich weiss nicht“ beantwortet. Durch ihr „ich weiss nicht“ beweist sie einerseits, dass sie die Frage psychisch erfasst andererseits aber, dass sie in Folge ihres momentanen Geisteszustandes unfähig ist, sie zu verarbeiten, soweit aber doch ihre psychischen Fähigkeiten beherrscht, dass eine Reproduktion durch unbeherrschte Association nicht mehr möglich ist. Dem gegenüber sahen wir die

Echopraxie aber auch schwinden, wenn das Äussere der Patienten gerade auf eine Zunahme der Bewusstseinstrübung hinwies. Dann lässt sich eben konstatieren, dass die Kranken ausser Stande sind, die Eindrücke der Aussenwelt überhaupt zu beobachten, besser gesagt denselben ihre Aufmerksamkeit zuzuwenden.

Dies ist der Fall, wenn sie wie zeitweise Fr. L. (Fall 3) ein Spiel des eigenen Bewegungsdranges und der Ideenflucht sind oder wenn sie wie Fr. Hg. (Fall 8) von ihren Hallucinationen völlig in Anspruch genommen werden.

Daher betrachten wir als erste Bedingung für das Zustandekommen des Imitationszwangs das Vorhandensein aktiver oder passiver Apperception, in Folge deren sich die durch die Aussenorgane Auge und Ohr und deren centrale Endorgane aufgenommenen Reize der Aussenwelt bis zum Blickfeld des Bewusstseins fortpflanzen und hier ein Phantasiebild, welches vorläufig ausserhalb des inneren Blickpunktes liegt, erzeugen[5]). Dieser Apperceptionsvorgang lässt sich sehr gut beim Träumenden beobachten, weil hier irgend welche auf demselben Wege percipierte Gesichts- und Gehörsempfindungen zu den abenteuerlichsten Gestaltungen bei der mangelnden Kritik ausgearbeitet werden.

Folgen wir nun diesen Auseinandersetzungen Wundts[6]), für die physiologischen Verhältnisse geltend, so käme nach dieser unbewussten Wirkung auf das Bewusstsein in unseren psychopathologischen Zuständen die Erfassung und Verarbeitung des Eindrucks durch die innere Aufmerksamkeit, kurz es folgte die Apperception. Allein gegen die Möglichkeit einer gesunden, regelrechten Apperception bei unseren Kranken spricht mancherlei. In erster Linie handelt es sich nämlich immer um Zustände, welche eine Incohärenz des Gedankenablaufs schaffen, die eine Erfassung durch die innere Aufmerksamkeit nur in oberflächlicher und daher ungenügender Weise zulässt oder, welche eine Verwirrung der Ideen hervorbringen, gegen die eine etwaige modificierende Kritik des Kranken

[5]) Wundt, Grundzüge der physiologischen Psychologie. Cap. Bewusstsein und Aufmerksamkeit.

[6]) Cap. Verlauf und Association der Vorstellung.

gar nicht aufkommt. Hinzukommen noch die Psychosen, bei denen die Hemmung des Vorstellungsverlaufs die Hauptrolle spielt (Stupor, Melancholie mit Verwirrtheit). Sind die Kranken noch unfreier, so schwindet auch, wie vorerwähnt, der Imitationszwang, weil die Apperception ganz unmöglich wird; er schwindet aber auch im Gegensatz hierzu, wenn sie wieder Kritik zu üben vermögen. Das Auftreten von Nachahmungszwang bei Bestand einer modificierenden Kritik ist nicht denkbar, und so wird denn auch Ähnliches im Leben des Gesunden nur da getroffen, wo die unbeherrschte Association im Gegensatz zu der Möglichkeit aktiver Direktion die alleinige oder mindestens die Hauptrolle spielt z. B. im Kindesalter.

Müssen wir somit eine Störung der Apperception bei unseren Kranken als wahrscheinlich betrachten, so liegt es wohl nahe, einem Zustand Aufmerksamkeit zu schenken, bei dem thatsächlich eine Störung der Apperception vorliegt, wir meinen den Hypnotismus. Im tiefen hypnotischen Schlafe bestehen nach Forel[7]) in Folge des veränderten Seelen- resp. Gehirnzustandes Dissociation der organischen logischen Associationen, intensive Gefühlswirkungen, Möglichkeit der Erweckung entsprechender Phantasievorstellungen und nachherige Amnesie. Diese Faktoren sind ebenfalls bei der Echopraxie vorhanden und in Wirksamkeit. Auch die intensiven Gefühlswirkungen müssen bei unseren Patienten bestehen. Wie möchte sonst z. B. der Kranken B. eine solch' erstaunenswerte Genauigkeit in der Reproduktion des Gesehenen und Gehörten gelingen? Es lässt sich daher der Imitationszwang ungezwungen den hypnotischen Zuständen anreihen, und möchte derselbe solchen Phasen der Hypnose besonders nahestehen, in welchen der Kranke sich in dem veränderten Seelen- resp. Gehirnzustand schon befindet, und der Hypnotiseur unbewusst einwirkt. Dieser Annahme zu Folge wurden denn auch mit Frl. B. in ihren postparoxysmellen Zuständen eigentliche hypnotische Versuche gemacht. Dieselben gelangen bis zu einem gewissen Grad. So z. B. konnte ihr durch Sug-

[7]) Forel, der Hypnotismus, seine Bedeutung und seine Handhabung.

gestion stundenlanger Schlaf verschafft werden. Durch Streichen werden beliebige Zustände der Muskelstarre hervorgerufen, und einmal brachte sie sich, eine frühere Morphinistin, durch Autosuggestion auf eine Antipyrineinspritzung hin einen Morphiumrausch bei, obwohl Antipyrin bei ihr sonst nie ähnliche Wirkungen hervorgerufen hatte. Freilich gelang es nicht, durch die Hypnose dem Dämmerzustand Analoge zu erzeugen.

Es fehlt somit unseren Kranken ebenso wie den Hypnotisierten[8]) der Willenseinfluss auf Wahrnehmung, Gedankengang und Handlung. An die Stelle tritt aber nicht der Wille des Hypnotiseurs, sondern der mächtige Einfluss des Sinneseindrucks, welcher bei der Trübung des Bewusstseins und der mangelnden Kritik in beherrschender Weise zur Geltung kommt.

Daher wird jedes durch äussere Reize im Patienten gebildete phantastische Vorstellungsbild durch die eine gesunde Reaktion ermöglichende Thätigkeit der Apperception nicht geläutert und hat eine dementsprechende Reaktion nach aussen, die einfache Reproduktion zur Folge.

Auf die Ähnlichkeit der Echopraxie mit dem Hypnotismus wurde schon hingewiesen.

Wir möchten nun noch zweier Zustände gedenken, welche einmal viel Gemeinsames mit dem Imitationszwang haben, dabei aber als normale Vorgänge der Beobachtung des Einzelnen weit zugänglicher sind.

Im Traume bilden wir meist auf Grund äusserer Reize die unnatürlichsten Phantasievorstellungen, nehmen sie kritiklos auf und erheben sie hierdurch in unserem Traumleben zu wirklich vorhandenen Thatsachen, welche durch ihre tiefen Gefühlswirkungen den Schläfer derart in Anspruch nehmen und überwältigen, dass ihm der Schweiss ausbricht, dass er sich jammernd im Bette umherwirft. Fragt man einen solchen Menschen am nächsten Morgen nach der Ursache seines nächtlichen Stöhnens, so kann er uns oftmals einen bösen Traum erzählen, manchmal fehlt ihm aber auch jede Erinnerung. Dass es mangelnde Kritik ist beim Träumenden, warum er geradezu Unmögliches als zu Recht be-

[8]) Kraepelin, Psychiatrie. Störung der aktiven Perception.

stehende Thatsache auf sich wirken lässt, geht daraus hervor, dass wir durch die Schwere eines Traumes geweckt, uns durch bewusste Anwendung kritischer Beleuchtung leicht des trüben Luftbildes entledigen.

Bei Frl. B. werden die Eindrücke der Aussenwelt, welche dem Gehörs- und Gesichtssinn zugänglich sind, aufgenommen: einer Nachahmung muss die Perception vorausgehen. Die besagten Eindrücke müssen, wie schon erwähnt, bewusst oder unbewusst einen tiefen Eindruck in ihrem Innern hervorrufen, sonst könnte eine solche erstaunenswerte Genauigkeit in der Reproduktion des Geschehenen und Gehörten nie gelingen. Diese geforderte Tiefe der Gefühlswirkung wird aber analog wie beim Schläfer vorhanden sein, sobald die modificierende Gegenvorstellung, das Resultat logischen Denkens des bewussten Ichs, in Wegfall kommt.

Wir haben somit auch im Traume die Einwirkung äusserer Reize, eine Dissociation der organischen logischen Associationen, in Folge hiervon phantastische Vorstellungen, intensive Gefühlswirkungen, abweichend von unserem Zustand Reaktionen der verschiedensten Art auf letztere, dagegen wieder wenigstens oft nachherige Amnesie.

Dabei kann man sich an der Hand der eigenen Erfahrung, der so manches Mal selbst durchlebten Gefühle recht eigentlich in das innere Leben unserer Kranken besonders von Frl. B. hineindenken und sich hierdurch manches, besonders das bis zur Reproduktion vom Kranken in seinem Innern Durchlebte, vervollständigen.

Zur Ergänzung des Bildes diene der 2. Vergleich, der mit dem Kindesalter.

Welche Rolle die Nachahmung bei dem Kinde spielt, ist allbekannt. Auf ihr beruht ja der grösste Teil unserer ersten geistigen Entwickelung, auf ihr z. B. die Erlernung der Sprache, welche sich aus den rein emotionellen Lauten des Neugeborenen durch das Mittel einer imitativen Lautbildung hindurch zu der Vollendung heranbildet, dass mit ursprünglich nachgeahmten Lauten besondere Begriffe verbunden werden und hierdurch erst ein gegenseitiges Verständnis ermöglicht wird. Im Kindesalter bestehen aber auch Voraussetzungen, die einerseits den Nachahmungstrieb ganz besonders begünstigen und

andererseits unseren schon oft erwähnten Cardinalpunkten wenn nicht völlig analog, so doch ganz ähnlich sind.

Von einer Dissociation organischer logischer Associationen kann freilich nicht die Rede sein, im Gegenteil ist anzunehmen, dass der Apperceptionsvorgang in normaler Weise vorhanden ist. Dem Aufbau von logischen Associationen, dem Vorstellungsverlauf durch associative Gewöhnung fehlen dagegen die Grundpfeiler, wie sich dieselben erst mit einem tieferen Verständnis der Aussenwelt in Gestalt von Erfahrung, Grundsätzen, unumstösslichen Wahrheiten und der hieraus resultierenden Kritik aufbauen. Daher muss schon der Vorstellungsverlauf gerade wie bei unseren Kranken sich auf der Bahn der Association durch Ähnlichkeit abspielen[9]. „Jede Vorstellung ist geneigt eine ihr ähnliche ins Bewusstsein zurückzurufen", und daraus wird beim Kinde wie beim Kranken die Neigung der Imitation in Wort und That verständlich.

Das Kind hat somit noch nicht das erlangt, was der Kranke momentan nicht spielen lassen kann. Ferner ergiebt sich die Existenz von phantastischen Vorstellungen, von sehr lebhaften Gefühlswirkungen, auf die wir als der Reproduktion günstig früher hinwiesen, schon aus den kindlichen Spielen der Kleinen, aus ihrer Reaktion auf Räuber- und Schauergeschichten. Beide Eigenschaften entspringen wohl aus derselben Quelle wie bei unseren Kranken, aus der vorhandenen Kritiklosigkeit.

Diesen theoretischen Betrachtungen gegenüber lässt sich nur Weniges vom Werte unseres Symptoms für die Praxis sagen. In der Krankengeschichte von Frl. B. wurde schon darauf hingewiesen, wie die rechtzeitige Benutzung des Imitationszwanges bei der Patientin eine durch in den Rachen gestopfte Fremdkörper drohende Erstickungsgefahr ohne weitere Gewaltanwendung beseitigen liess.

Sollte sich ferner die aus unseren bisherigen Beobachtungen und unserem Erklärungsversuch hervorgehende Voraussetzung bewahrheiten, dass das Symptom des Nachahmungszwangs nur bei Existenz einer gewissen

---

[9]) Wundt, ebenda. Cap. Verlauf und Association der Vorstellung.

Trübung des Bewusstseins vorkommt, so möchte es vielleicht in sofern einen diagnostischen Wert gewinnen, als sich durch sein Vorhandensein Geistesstörungen mit ungetrübter Apperception differenzial-diagnostisch ausschliessen liessen. In der That waren es von den bei uns beobachteten Fällen immer Formen von Geistesstörung mit deutlich ausgesprochener Bewusstseinstrübung resp. Verwirrtheit, in welchen das Symptom vorhanden war, und zwar zeigte sich dasselbe bei akuter halluzinatorischer Verwirrtheit, akuter Dementia, Dämmerzuständen der Hysterie, Epilepsie, und dem Bilde der allgemeinen progressiven Paralyse, ferner bei der juvenilen Form der Manie und bei Manie mit Schwachsinn.

Thesen.

I.

Amylenhydrat ist unter den per os gegebenen Schlafmitteln das beste.

II.

Die Oberarmbrüche werden am geeignetsten durch Extensionsverband behandelt.

III.

Decubitus lässt sich fast immer durch gute Pflege vermeiden.

Lebenslauf.

Verfasser dieser Arbeit, Karl Emil Heinrich Valentin aus Frankfurt a./M., evangelischer Confession, Sohn des weiland praktischen Arztes Friedrich Wilhelm Valentin in Frankfurt a./M. wurde am 13. August 1864 in Frankfurt a./M. geboren. Seine wissenschaftliche Vorbildung erhielt er auf dem Gymnasium zu Frankfurt, welches er Ostern 1885 mit dem Zeugnis der Reife verliess. Februar 1887 bestand er die ärztliche Vorprüfung, am 8. März 1890 das ärztliche Staatsexamen und am 3. Juli das Examen rigorosum.

Während seiner Studienzeit besuchte er die Vorlesungen, Kliniken und Kurse der Herren:

Cahn, Fischer, Freund, Greef, Jolly, Kohts, Külz, Kussmaul, Laqueur, Ledderhose, Lieberkühn, Lücke, Meering, Melde, Naunyn, Recklinghausen, Schmiedeberg, Strahl, Wagener, Wigand, Zincke.

Allen diesen Herren, seinen hochverehrten Lehrern, spricht Verfasser seinen aufrichtigen Dank aus.